

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 138

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTHÉMATOME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Juin 1922

PAR

Jean - René SEUREAU

Né à Saint-Yzan de Soudiac (Gironde), le 22 Avril 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 138

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTHEMATOME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Juin 1922

PAR

Jean - René SEUREAU

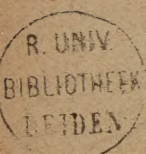
Né à Saint-Yzan de Soudiac (Gironde), le 22 Avril 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
	CASSAËT.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	
	VILLAR.	tilite et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	ladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie Pathologique et		Chimie biologique et mé-	
microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	dicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et his-		Médecine coloniale et clinique des	
tologie.....	G. DUBREUIL.	maladies exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cuta-	
Hygiène.....	AUCHE.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Médecine légale et déon-		Clinique des maladies des	
tologie.....	VERGER.	voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et clinique d'élec-		Clinique des maladies ner-	
tricité médicale.....	BERGONIE.	veuses et mentales.....	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	gologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène	
Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.	appliquée.....	BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	{ N.....		{ LEURET.
Histologie.....	N.....	Médecine générale.....	{ DUPERIE.
Physiologie.....	LACOSTE (chargé).		{ CREYX.
Anatomie pathologique...	DELAUNAY.		{ MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences	MURATET.	Maladies mentales.....	PERRENS.
naturelles.....	R.SIGALAS (chargé)	Médecine légale.....	LANDE.
Physique biologique et mé-	N.....		{ ROCHER.
dicale.....	RÉCHOU.	Chirurgie générale.....	{ DUVERGEY.
Chimie biologique et médi-			{ PAPIN.
cale.....	N...	Obstétrique.....	{ PERY.
	PETGES.		{ FAUGERE.
Médecine générale.....	{ CARLES (J.).	Ophtalmologie.....	{ TEULIERES.
	{ MAURIAC.	Pharmacie.....	N.....

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{ne}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Comme témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA NIÈCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE LA
FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PORTMAN

CHEF DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERDELET

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ VILLAR

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance pour l'honneur que
vous m'avez fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Depuis quelques mois, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'othématomes. Nous avons eu la curiosité de rechercher et de connaître les causes de cette affection; nous avons compulsé un certain nombre d'ouvrages traitant de cette question et nous avons constaté combien on était peu fixé sur la nature de cet accident. Les notions d'étiologie et de pathogénie de cette affection sont encore fort discutées de nos jours. Les nombreux travaux parus sur la question ne nous ont guère éclairé davantage et les notions récentes sont restées, au cours des vingt dernières années, éparses dans les revues et traités de chirurgie, de psychiatrie, d'oto-rhino-laryngologie.

Il nous a paru intéressant de condenser en les résumant toutes les idées émises sur ce sujet et d'essayer en les coordonnant d'en tirer quelques conclusions. Aucun mémoire important traitant de l'othématome n'ayant été fait à la Faculté de Médecine de Bordeaux, nous nous sommes proposés d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous devons remercier avant tout M. le Professeur VILLAR d'avoir bien voulu accepter d'être notre président de thèse; qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance. M. René VILLAR nous a inspiré l'idée de ce travail, nous a constamment suivi au cours de nos recherches et nous a communiqué ses observations. M. PORTMANN nous a donné de précieux renseignements pour notre bibliographie et nous

a considérablement facilité notre tâche. M. VERDELET, notre premier Maître qui a guidé nos pas en chirurgie, nous a donné des observations et a bien voulu nous autoriser à les publier.

M. LAFITTE-DUPONT nous a fait connaître une méthode de traitement qui lui est personnelle et lui a donné les meilleurs résultats. MM. ANGLADE et PERRENS ont bien voulu nous recevoir dans leurs services de l'Asile de Picon, pour étudier des malades et prendre des observations.

Que tous nos Maîtres qui nous ont prodigué des marques de bienveillance, tant au cours de nos études médicales que pour la préparation de notre modeste travail, trouvent ici l'hommage de notre reconnaissance et l'expression de nos plus sincères remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTHÉMATOME

DÉFINITION

L'othématome est tout simplement un hématome du pavillon de l'oreille. Il peut siéger partout, aussi bien sur la face externe que sur la face interne du pavillon de l'oreille et même dans le conduit auditif externe, mais jamais on ne l'observe sur le lobule de l'oreille, la seule partie du pavillon dépourvue de cartilage. Les hématomes de la partie profonde de l'oreille externe sont même très rares, bien que ASLAN en ait signalé quelques cas.

Toutes les théories qui ont été émises, tant au sujet de l'étiologie, de la pathogénie, que du siège de ces collections sanguines, ont été de tout temps très discutées et fort controversées. La raison en est sans doute que l'on a très souvent pris pour des othématomes des épanchements séreux du pavillon, formés aux dépens du cartilage, à la suite de périchondrite par exemple, de même qu'on a l'habitude de désigner, sous le nom d'othématome, cette déformation fibreuse qui reste comme le témoin de l'hémorragie ancienne. Actuellement, nous devons préciser ce mot d'othématome et le réserver aux collections sanguines ou séro-sanguines localisées au pavillon de l'oreille, développées spontanément ou secondairement entre l'hélix et le tragus sous l'influence d'un traumatisme ou sans cause

apparente, et dont la conséquence habituelle est une déformation fibreuse permanente. Les femmes les cachent facilement sous un rideau de cheveux, mais les hommes présentent souvent des cicatrices disgracieuses. Nous avons donc autant de raisons pour nous occuper sérieusement de cette petite affection « qui saute aux yeux » et qui est cependant si peu connue. Malgré que nous soyons à peu près fixés sur sa symptomatologie, nous verrons combien il reste de points obscurs à élucider. Notre seule ambition est de chercher, dans les avis des auteurs et de nos Maîtres, ce qu'il y a de plus vraisemblable et de classer les résultats obtenus. Pour la commodité de l'étude que nous voulons entreprendre, nous avons adopté le plan suivant :

CHAPITRE I. — Historique.

— II. — Anatomie.

— III. — Symptomatologie.

— IV. — Étiologie et pathogénie.

— V. — Anatomie pathologique.

— VI. — Diagnostic.

— VII. — Pronostic.

— VIII. — Traitement.

Si nous n'arrivons pas à une conclusion définitive, surtout en ce qui concerne les othématomes spontanés, c'est que, très souvent, nous sommes obligés de nous livrer à des enquêtes minutieuses, très difficiles à bien conduire, et que nous ne sommes pas toujours convaincus de la véracité des faits.

Dans l'étude des othématomes traumatiques, nous avons mis en évidence ce qui nous a paru le plus vraisemblable et ce que quelques recherches personnelles nous ont appris sur le mode de formation de ces othématomes.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La plupart des auteurs attribuent à BIRD et à NEUMANN la paternité de l'étude sur les othématomes. En effet, on a beau chercher dans les auteurs anciens une description des tumeurs sanguines ou séro-sanguines du pavillon de l'oreille, on ne la rencontre nulle part. Cela ne veut pas dire pourtant que cette affection ne soit pas connue. Dans une étude récente sur Hippocrate, KORNER fait ressortir que ces lésions n'étaient pas restées inaperçues de cet auteur et que, de même qu'il décrit les fractures du crâne et les plaies de la tête, il avait noté les déformations du pavillon chez les athlètes. Ceux-ci paraissaient très fiers des cicatrices vicieuses qu'ils présentaient aux oreilles et en faisaient des témoins honorables et décoratifs qui commandaient le respect. L'oreille recroquevillée était alors un stigmate du courage, tandis que plus tard on devait en faire un symptôme de maladie mentale. TROELTSCH fait de même cette remarque curieuse qu'on observe couramment l'othématome comme ornement plastique et régulier sur les statues antiques d'athlètes, de lutteurs et de quelques demi-dieux, surtout célèbres par leur force, tels que Hercule, Castor, Pollux et Hermès. Les guerriers illustres et les personnalités historiques, tel Hector, sont aussi représentés avec l'oreille déformée par l'hématome. Il existe au Musée d'Athènes la

tête du lutteur d'Olympie qui présente une déformation des deux oreilles. La tête du célèbre gladiateur Borghèse, au Louvre, montre aussi une oreille fort disgracieuse. Le Professeur VALENTIN, de Berne, signale qu'une tête en bronze du Musée delle Terme, à Rome, porte des oreilles recroquevillées, comme chez les lutteurs modernes. VIRCHOW signale cette déformation chez un lutteur japonais et Jasuraburo SAKAKI confirme cette constatation. Il donne l'explication suivante : dans une partie de lutte, le lutteur japonais appuie fortement sa tête contre la poitrine de son adversaire ; le pavillon, ainsi violemment comprimé et froissé, devient fréquemment le siège d'un épanchement sanguin. VALENTIN, de Berne, donne la même explication et retrouve cette déformation professionnelle chez les lutteurs suisses, mais localisée à droite parce que, dans certains cantons, les méthodes de lutte sont différentes, et c'est le côté droit de la tête qui doit s'appliquer sur la poitrine de l'adversaire pendant la première phase de la lutte.

Il faut arriver en 1833 pour trouver, dans le journal de GRAEFE et VALTER, de Berlin, une série de six observations rapportées par BIRD et constatées chez des aliénés. L'auteur désigne alors cette affection sous le nom de « Maladie inflammatoire de l'oreille externe spéciale aux aliénés » et en place le siège à l'intérieur de l'hélix.

L'année suivante, NEUMANN en fait une forme d'érysipèle de l'oreille. En 1838, FERRUS, dans ses leçons à l'Hospice de Bicêtre, rapportées par la *Gazette des Hôpitaux* de la même année, décrit l'othématome comme apparaissant de préférence dans la manie chronique, la démence, la paralysie générale. Il ne croit pas, cependant, que cette affection soit uniquement due à ces maladies mentales, mais bien plus sûrement aux frottements des faces latérales de la tête sur les draps de lit.

BELHOMME, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1842, rapporte une observation de malade atteint d'othématome, et attribue sa cause au ralentissement de la circulation normale dans

la paralysie générale, de même qu'on observe un ralentissement de toutes les fonctions de la vie organique.

La même année, Cossy, dans les *Archives Générales de Médecine*, fait paraître trois observations d'othématomes survenus dans un asile de huit cents aliénés, en l'espace de huit mois. Un cas s'est terminé par la mort, et l'examen anatomo-pathologique de la tumeur a été rapporté avec des détails très précis.

WALLIS et RUPP, en 1844, font de cette affection une véritable otite externe.

Pour SCHMALZ, de Leipzig, en 1846, les tumeurs sanguines du pavillon seraient uniquement dues à une chondrite, à une inflammation du cartilage, qui déterminerait un épanchement entre lui et son périchondre.

La même année, LEUBUSCHER, médecin de l'asile de Halle, et MECKEL font une autopsie de malade présentant un othématome et fixent le siège entre le cartilage et le périchondre.

En 1847, les Docteurs VERGA, en Italie, THORE, en France, LEUBUSCHER, en Allemagne, firent paraître quelques rares observations d'othématomes observés dans les asiles : un cas fut constaté chez une femme et pris pour un érysipèle. Franz FISCHER couronna cette brillante série de publications par une étude étiologique très approfondie. Pour lui, il n'y a que deux causes capables de produire ces othématomes, ce sont : le traumatisme et l'altération des centres nerveux.

HEYFELDER, en 1849, signale un cas d'othématome spontané du pavillon chez une personne saine; le froid serait pour lui la cause de cet accident.

Pour RENAUDIN (*Annales médico-psychologiques* de 1850), ces tumeurs sanguines ne seraient autres que des œdèmes séreux siégeant dans le tissu cellulaire et ne feraient que traduire la débilitation profonde de l'organisme chez les aliénés.

WILD et HOFFMANN (1852), dans le *Times Medical*, font paraître des observations de kystes séro-sanguins chez des

sujets non aliénés. JARJAVAY, la même année, signale leur fréquence chez les lutteurs et les boxeurs de profession.

MERLAN, interne de Charenton, en 1853, rapporte quatorze cas recueillis pendant l'année dans cet asile et, dans six cas, la tuméfaction siégeait aux deux oreilles mais à des degrés différents.

BASTIAN, en 1855, MALLEZ, en 1858, STIFF, en Angleterre, choisissent l'othématome comme sujet de leur thèse inaugurale.

DELASIAUVE, en 1858, publie dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* six nouveaux cas observés à l'asile de Nantes, par PETIT. L'année suivante, MARCÉ relate un fait très curieux chez un de ses malades : en même temps que les deux oreilles sont le siège de tumeurs sanguines, il se produit un épanchement de sang dans l'une des paupières supérieures.

Achille FOVILLE fait faire un pas de plus à la science en précisant qu'il n'y a point identité entre les hématomes des aliénés et ceux que l'on observe chez les boxeurs, mais il place le siège de la collection sanguine, dans les deux cas, entre le fibro-cartilage et le périchondre.

En 1860, DUMESNIL (in-*Annales médico-psychologiques*) rejette absolument le traumatisme dans l'étiologie des othématomes. Il admet qu'ils se forment uniquement comme conséquence de lésions internes très étendues et qu'ils sont en toutes circonstances, chez les aliénés, d'un très mauvais augure. Cette assertion vaut à l'auteur une sérieuse réplique de JOIRE (*Gazette des Hôpitaux* de la même année), qui se montre le partisan convaincu du traumatisme qui suffit à expliquer tous les cas observés. Cette opinion est vigoureusement soutenue, la même année, par GUDDEN, de Verneck, qui établit une sorte de corrélation entre l'othématome des aliénés et les tumeurs du même genre qui déforment le pavillon chez les athlètes. Nous avons rapporté plus haut qu'il cite comme témoins les statues des lutteurs célèbres de l'antiquité.

YUNG, de Leubus (1861), et MASSÉ (1862) ne sont pas du même avis. Ils attribuent cette affection à un état congestif de l'encéphale et à une diminution de l'action trophique des nerfs.

Dans sa thèse de Strasbourg, KUHN, en 1864, constate qu'il a trouvé l'othématome dans toutes les formes de l'aliénation mentale, mais il le rencontre surtout chez les malades cachectiques « son apparition coïncide toujours, dit-il, avec cette période de l'aliénation mentale où les fonctions de la vie végétative ont en grande partie perdu leur vitalité, où l'inertie intestinale met obstacle à la nutrition et où le marasme épiphénomène ultime menace l'existence ».

En 1867, VIRCHOW trouve, dans un cas d'othématome, le périchondre adhérent au cartilage, et il attribue cet épanchement à une lésion inflammatoire du cartilage.

DUCROS, dans sa thèse de Montpellier, la même année, ne veut pas que l'on confonde l'othématome des aliénés et celui des lutteurs ou des personnes saines. Il se fait, en outre, le défenseur des idées de VIRCHOW.

En 1868, à la Société de Biologie, BELHOMME, BROCA, DUMONPALLIER, LABORDE, MAGNAU et GUBLER, discutent sur la pathologie de l'othématome. Nous y reviendrons plus tard.

FOVILLE fils pense que l'othématome est dû à un trouble trophique d'origine centrale et que sa production est un fait analogue à ce qui se passe dans la fameuse expérience de Claude BERNARD, quand on coupe le nerf sympathique chez les animaux.

Un peu plus tard paraissent de nombreux travaux sur la question, qui méritent d'être signalés, ce sont : un article de CASTELAIN, dans le *Bulletin de Médecine du Nord*, 1870; la thèse de CLAVERIE, à Paris, la même année.

En 1876, BONNET et POINCARRÉ se montrent les partisans convaincus de la théorie de A. FOVILLE. Ils trouvent en effet, chez les paralytiques généraux, le sympathique d'autant plus lésé que les malades s'acheminent vers la

mort et la destruction de ce nerf correspond à sa rupture physiologique.

Depuis cette date, les travaux parus sont très nombreux. MABILLE, en 1878, fait à Nancy sa thèse inaugurale sur l'othématome. BOUTEILLE, en 1880, après une minutieuse enquête, conclut un article dans le *Marseille Médical* en disant que le traumatisme est l'unique cause de l'othématome, bien qu'il fasse quelques réserves sur les causes prédisposantes.

MEYER, en 1880, rapporte trois cas d'othématomes survenus chez des personnes saines d'esprit et traitées avec succès par le massage (*Archiv. f. Ohrenheilk.*).

En 1881, VALLON fait paraître dans l'*Encéphale* une note sur le siège anatomique des hématomes du pavillon. Ils siègeraient, d'après lui, entre les lames du périchondre.

BELLANGER, en 1883, fait un examen détaillé de la tumeur et indique qu'elle se produit, dans quelques cas, dans le cartilage lui-même.

En 1884, TÉTARD, à Paris ; en 1885, DURAND-PESCHAUD, à Montpellier ; en 1887, HOFFMANN, font de l'othématome le sujet de leur thèse inaugurale.

En 1886, BROWN rapporte le cas d'un othématome guéri par le massage galvanique et l'application de sangsues (*The Medical Record*).

La même année, Mac DONALD renverse toutes les opinions émises jusqu'à ce jour en ce qui concerne le pronostic chez les malades aliénés atteints d'othématomes. Il publie, en effet, dans le *Journal of nervous and mental diseases*, trois cas de guérison de la folie à la suite de la formation d'un othématome.

En 1887, COMBEMALE publie, dans le *Montpellier Médical*, quatre cas d'othématomes survenus dans le courant d'Avril et Mai, mais il attribue ces faits à la présence d'un gardien brutal.

LEBRUN, en 1887, donne, dans le journal *La Clinique*, le

résultat des injections d'éther iodoformé dans le traitement des othématomes.

SOUTHAN, en 1888, signale un cas d'othématome dans le *British Medical Journal*.

GROSSMANN, en 1889, croit à une altération primitive du cartilage.

En 1890, BROWNER publie, dans le *British Medical Journal*, le mode de production des othématomes traumatiques.

ROUSE-ROUSE, en 1892, dans *The Lancet*, ne doute pas que l'othématome soit d'origine traumatique, et il fait cette remarque curieuse que l'on observe beaucoup moins souvent cette affection dans les classes supérieures de la société que dans les classes inférieures, de même qu'il a observé cette différence dans les Asiles privés et dans les Asiles publics.

TISHKOFF, en 1892, publie, dans *The Lancet*, dix observations de malades atteints d'othématomes. Il pense que l'exposition du cartilage aux influences extérieures détermine une périchondrite qui serait l'unique cause de cette affection.

La même année, à la « Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux », une discussion s'engage entre COYNE, FERRON et MOURE sur un cas d'othématome présenté par CHAVANNAZ, pour savoir s'il s'agit ou non de cette affection. MOURE pense qu'il a affaire à un kyste séreux du pavillon et il ne croit pas le traumatisme indispensable à la production de cette lésion. Il rapporte à l'appui de son opinion l'observation d'un instituteur qu'il a opéré pour une lésion semblable survenue sans traumatisme. Contrairement à ce que pensent FERRON et COYNE, il croit à l'existence d'une poche kystique adhérente aux deux lames du cartilage très aminci, et qu'il faut de larges incisions pour obtenir la guérison (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1893).

MARAIS, en 1893, rapporte, dans les *Annales Médicales de Caen*, un cas d'hématome spontané du pavillon.

En 1896, CONACHIE, dans le *Journal of eye, throat diseases*, propose un traitement de l'othématome par les lotions froides combinées aux injections de substances irritantes telles que l'acide phénique.

OLIVIER, en 1897, dans son article du *British Medical Journal*, croit que l'othématome serait dû à une maladie du sang et en fait un accident de la chlorose. Il rapporte le cas d'une femme de 36 ans, à qui l'on administra du fer et de l'arsenic; l'état général s'améliora rapidement et l'othématome disparut.

Enfin, ZEISLER, en 1901, dans le *Journal of cutaneous and genital urinal diseases*, fait paraître une observation d'othématome, qu'il attribue à la syphilis.

RAVIART et CHARDON montrent, dans le *Nord Médical*, la photographie d'un homme atteint de paralysie générale porteur d'un othématome. Ils croient à l'origine microbienne de cette affection, malgré que ce fait ne soit pas démontré.

La même année, MIGNON rapporte, à la Société Française de Laryngologie, le cas d'un garçon de neuf ans, entouré de tous les soins, porteur d'un othématome. Il lui donne une origine spontanée.

Signalons en passant la thèse d'HORTELOUP, de Paris 1905, sur l'étiologie de l'othématome.

Voss, en 1906, étudie, dans les *Arch. f. Ohrenheilk*, LXVII^e, la théorie microbienne; nous verrons que les résultats, comme le montre l'étude de CENI, sont entièrement négatifs.

Plus tard, en 1910, MACKENZIE, HUTTIN, URBANTSCHITSCH font, dans la *Revue d'oto-rhino-laryngologie*, plusieurs publications au sujet des othématomes.

Il faut arriver en 1917 pour trouver un nouvel élément d'étiologie de l'othématome. Dans un article, publié dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Pierre-Louis MARIE fait de cette affection une sorte de maladie par carence. Il rapporte à l'appui de cette opinion dix observations de prisonniers très mal nourris et très débiles atteints

d'othématomes, qu'il a observés pendant sa captivité au camp de Zossen.

Dans son livre, M. RÉGIS fait de l'othématome un symptôme de paralysie générale et la conséquence des troubles trophiques. Il l'associe en cela aux escarres, aux plaies du décubitus, aux plaies qui guérissent chez eux si difficilement, au mal perforant, à la chute spontanée des ongles et des dents.

A. MARIE, dans son livre de psychopathologie internationale (tome II), fait le même exposé clinique.

Pour terminer cet historique, que nous avons essayé de faire aussi complet que possible, nous signalerons le dernier article de VERDELET et J. CHAVANNAZ, parus dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, traitant de l'othématome.

CHAPITRE II

Anatomie.

Il est d'usage, avant de décrire une affection d'un organe quelconque, de dire quel en est son substratum anatomique. Nous commencerons donc notre étude, qui est un travail de mise au point, par étudier le pavillon de l'oreille.

C'est une lame ondulée élastique ayant une forme ovale à grosse extrémité supérieure, fixée sur chacune des faces latérales de la tête juste au-dessus de la parotide, en arrière de l'articulation temporo-maxillaire, en avant de la mastoïde et au-dessous d'une ligne horizontale passant par les rebords supérieurs des orbitres. Sa courbe est régulière et gracieuse. Il joue le rôle de cornet acoustique et présente deux faces : l'une externe, l'autre interne.

Face externe. — La face externe, concave, présente cinq saillies caractéristiques : l'hélix, l'anthélix, le tragus, l'antitragus et le lobule de l'oreille.

1) L'hélix forme un ourlet complet et parfait entourant et limitant le pavillon, en avant, en haut et en arrière. Sa queue s'efface peu à peu en atteignant le lobule.

2) En dedans, se trouve l'anthélix se bifurquant d'une façon bien marquée à son extrémité antérieure (*crura furca*) limitant ainsi entre ses deux branches, la supérieure presque verticale et l'inférieure presque horizontale une dépression triangulaire à laquelle on donne le nom de

fossette scaphoïde. En bas, entre la queue de l'hélix et la branche montante de l'anthélix, le pavillon est déprimé formant une fossette désignée sous le nom de fossette ovale ou intercrurale.

3) Le tragus est une forte saillie à forme triangulaire adhérente par sa base qui prolonge en avant la racine de l'hélix dont elle est séparée par la petite incisure intertrago-hélicienne. La profonde incisure intertragienne le sépare de l'antitragus. Quelques poils forment parfois un bouquet au sommet du tragus.

4) L'antitragus se trouve au dessous du tragus et un peu en arrière de lui. Une légère dépression sépare l'antitragus de l'anthélix.

5) Enfin au pôle inférieur, on décrit le lobule de l'oreille qui est hémicirculaire et parfaitement lisse.

Le pavillon présente aussi trois dépressions, qui sont : la conque, la gouttière de l'hélix et la fossette scaphoïde :

1) La conque est une large fossette limitée par l'anthélix en haut et en arrière. La racine de l'hélix en avant la divise en deux cavités secondaires, une supérieure étroite, portant le nom de *fossa cymboe*, une inférieure plus large s'inclinant insensiblement vers le conduit auditif externe.

2) La gouttière de l'hélix forme un sillon creusé entre l'hélix et l'anthélix.

3) La fossette scaphoïde se trouve entre les branches de bifurcation de l'anthélix en avant.

Face interne. — La face interne présente une disposition inverse de la face externe, sauf que les saillies qui correspondent aux dépressions et vice versa, sont bien moins marquées que sur la face externe. Elle est libre dans ses deux tiers postérieurs et dans ses parties supérieure et inférieure. Son écartement varie d'un angle de 15° à 30° et on a remarqué que la finesse de l'ouïe augmente à mesure qu'il grandit.

Structure. — Le pavillon est constitué, en allant de l'extérieur vers l'intérieur, par la peau, le tissu cellulaire très peu riche en graisse mais bourré de conduits lymphatiques avec quelques petits muscles, enfin le périchondre et le cartilage. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané ne présentent rien de particulier, si ce n'est qu'ils sont très riches en glandes et en follicules pileux, aussi nous nous bornerons à étudier successivement le fibro-cartilage, les vaisseaux et nerfs du pavillon de l'oreille.

Le tissu cellulaire n'existe pas en tant que couche distincte sur la face externe du pavillon. En ce point la peau adhère intimement au périchondre, ce qui explique la douleur que provoquent les abcès de cette région. Au contraire, sur la face interne le tissu est relativement lâche et on rencontre ça et là quelques pelotons graisseux. On trouve parfois une infiltration de sérosité et même de l'œdème.*

Le fibro-cartilage occupe toute l'étendue du pavillon à l'exception du lobule qui est formé seulement par un simple repli de la peau. C'est grâce à lui que le pavillon peut conserver son élasticité et sa forme. Il n'offre cependant pas une épaisseur uniforme. Le cartilage de la conque est en général plus épais, tandis que celui qui répond au bord libre de l'hélix est plus mince, mais les différences qu'il présente sont en général peu prononcées.

Il est essentiellement constitué par une trame fibreuse dans laquelle sont enchassés les corpuscules du cartilage. Ceux-ci sont, soit arrondis, soit ovalaires et même parfois il en existe deux dans la même loge. Le périchondre qui revêt ce cartilage est formé de fibres lamineuses entrecroisées en faisceaux dans tous les sens et d'un aspect nacré.

Artères et veines, lymphatiques, nerfs. — En avant l'artère temporale superficielle, donnent quatre ou cinq branches, connues sous le nom d'auriculaires antérieures, qui se distribuent à la peau du lobule, au tragus et à la partie antérieure de l'hélix. Cette dernière est la plus considérable.

On la voit plonger dans la fossette scaphoïde et couvrir de ses ramifications toute l'extrémité supérieure du pavillon.

En arrière, les artères nées de l'auriculaire postérieure traversent de dedans en dehors la lame cartilagineuse et viennent irriguer cette partie de la face antérieure qui a été respectée par les auriculaires antérieures. Les branches perforantes sont nombreuses mais sont inégales en volume. Les trois principales débouchent à la face externe du pavillon dans les trois points suivants :

1° La supérieure, dans la fossette naviculaire de l'antihélix ;

2° La moyenne, dans la partie supérieure de la conque immédiatement au dessus de la racine de l'hélix ;

3° L'inférieure, entre l'antitragus et la queue de l'hélix (TESTUT, *Anatomie*).

« Les veines de l'oreille ne suivent que très imparfaitement le trajet des artères, les antérieures plus courtes et plus petites vont se jeter à l'origine de la veine jugulaire externe ; les postérieures, plus nombreuses, se réunissent pour la plupart au tronc veineux qui traverse la portion mastoïdienne du temporal, pour s'ouvrir dans le sinus latéral correspondant. » (SAPPEY, *Anatomie*, tome III.)

Remarquons en passant, que les trois points indiqués comme spéciaux à l'émergence des artères perforantes coïncident précisément avec les localisations les plus fréquemment observées de l'othématome.

Le réseau lymphatique est extrêmement riche, comme il arrive dans les organes les plus éloignés des centres circulatoires. SAPPEY déclare qu'il est si serré qu'on ne pourrait essayer de le traverser avec une aiguille fine sans en rencontrer plusieurs. On peut les diviser en quatre groupes. Les inférieurs vont aux ganglions parotidiens, les antérieurs au ganglion préauriculaire ou prétagien, les postérieurs aux

ganglions mastoïdiens, ceux de la face interne vont au ganglion prétragien.

Les nerfs sont les uns sensitifs, les autres moteurs. Les premiers viennent en avant de l'auriculo-temporal branche du maxillaire interne, en bas de la branche auriculaire du plexus cervical, en arrière du nerf sous-occipital qui envoie une ou deux ramuscules à son extrémité supérieure.

Les nerfs moteurs sont peu nombreux ; ils se terminent dans les petits muscles de l'oreille et proviennent du facial.

CHAPITRE III

Symptômes.

Étudions d'abord comment se présente un othématome, comment il apparait, de quelle façon il se développe et quelle en est l'évolution. En général, on n'observe pas l'othématome au moment de sa formation; c'est 24 heures après une partie de foot-ball, une séance de lutte ou de boxe que l'on est appelé à soigner le malade qui en est atteint. Dans tous les cas que l'on peut observer, la tumeur offre dès les premiers jours son maximum de développement. L'oreille est grosse dans son ensemble, gonflée surtout à la partie supérieure; la tuméfaction remplissant tantôt la cavité de la conque, tantôt la fossette scaphoïde. Généralement la tumeur est limitée en haut et sur les côtés par le sillon de l'hélix; en bas elle se termine brusquement à quelques millimètres du conduit auditif externe.

La peau de la face externe du pavillon ne se moule plus sur les inégalités et les saillies du cartilage sous-jacent; elle est soulevée, tendue, convexe. Il semble dans ces cas, disait BIRD, que l'on ait la moitié d'un œuf de poule coupé longitudinalement appliqué sur l'oreille.

La tumeur est luisante, chaude et parfois très douloureuse. Sa couleur est rougeâtre et presque transparente, quelquefois bleuâtre et violacée.

D'ailleurs cette couleur n'est pas limitée au gonflement, mais se remarque en bordure de l'hélix et sur le lobule. Il arrive parfois, que par son développement, l'hématome puisse boucher le conduit auditif externe et amener la surdité.

« Si on exerce, dit MARY, une légère pression sur les deux

parois opposées, on éprouve soit une sensation d'élasticité faible ou une crépitation due à la présence de caillots; d'autres fois, au contraire, le pavillon s'hypertrophie et la pression du doigt n'y laisse pas d'empreinte ». Si on abandonne la tumeur à elle-même, on n'éprouve plus vers le huitième ou le dixième jour de la maladie de sensation de fluctuation, elle se résorbe. De même, on n'observe presque jamais l'ouverture spontanée du kyste sanguin ou de la suppuration. Généralement la résorption est lente, la tumeur devient dure et diminue progressivement de volume jusqu'à devenir parfois invisible. Plus tard il se produit des rétractions fibreuses qui épaississent le pavillon, le déforment au point de le rendre méconnaissable. Quelquefois il se recroqueville et diminue de dimensions dans tous les sens.

Si on ouvre, au contraire, la tumeur aussitôt sa formation par une incision, on trouve à l'intérieur une sérosité visqueuse sanguinolente, inodore, dont la quantité varie avec le volume de l'othématome. En outre, si on presse sur la tumeur, on obtient un sang noir coagulé tout à fait comparable à la gelée de groseille. L'hématome ainsi vidé de son contenu s'affaisse et il faut bien prendre garde que les bords de la plaie ne s'accolent; il faut drainer la poche, car l'épanchement se reproduit très rapidement et peut atteindre le lendemain le même volume que la veille.

Dans d'autres cas, la façon dont se présente l'othématome est tout autre. Il s'agit d'un aliéné chez qui on a aperçu un matin au réveil une tuméfaction du pavillon. Cette grosseur est apparue sans déterminer de douleurs spéciales et elle augmente progressivement les jours suivants. La tumeur est moins rouge que lorsqu'elle est déterminée par un traumatisme. Dans ce cas, on a affaire à un othématome de paralytique général, de maniaque ou de dément, qui évolue de la même façon que ceux dont nous avons parlé plus haut et qui laisse des déformations sérieuses du pavillon. Il serait souhaitable que nous soyons mieux fixés sur l'origine de ces othématomes.

CHAPITRE IV

Étiologie. — Pathogénie.

Nous avons pu constater, en faisant l'historique précédent, combien les questions de l'étiologie et de la pathogénie de l'othématome étaient embrouillées et l'objet de controverses. Cela tient sans doute aux difficultés que l'on éprouve dans l'interrogatoire des malades ou de leur entourage pour élucider les faits et écarter toutes les causes d'erreur. Combien de fois arrive-t-il que les malades ne se souviennent de rien et combien de fois, quand ils ont bonne mémoire, se font-ils un malin plaisir de ne pas révéler les faits passés et de tromper le médecin qui les interroge. Il faut alors user d'une grande habileté pour éviter d'irriter les malades et débrouiller ce qu'il y a de vrai dans leurs assertions. Peut-on ajouter foi aux récits des paralytiques généraux, des parents qui les surveillent ou les gardent, des infirmiers qui leur donnent des soins. Ceux-ci n'ont-ils pas intérêt à dissimuler la vérité quand le traumatisme est la cause de l'othématome. Il nous est ainsi facile de comprendre pourquoi le mécanisme de sa formation est encore entouré de mystère, malgré que les travaux récents des auteurs aient apporté des données intéressantes pour éclaircir le problème.

Doit-on penser, comme certains auteurs, que le traumatisme suffit à expliquer tous les cas d'othématomes observés ? Est-ce qu'il n'y aurait pas plutôt à l'origine de cette affection une porte d'entrée des microbes sur le pavillon de l'oreille, une excoriation, une engelure, une coupure capable de déterminer une infection locale, puis une péri-chondrite et ensuite, comme conséquence, une tumeur séro-sanguine ? Faut-il admettre, au contraire, que l'othématome est dû à une altération pathologique des systèmes nerveux et circulatoire ? L'athérome ne serait-il pas à l'origine de ces épanchements chez les aliénés, ou la cause ne serait-elle pas uniquement infectieuse généralisée ? Devons-nous penser, avec P.-L. MARIE, qu'une maladie par manque de vitamines disposerait à faire des hémorragies diverses, du type purpura ou scorbut, et être ainsi à l'origine de l'othématome ?

Nous voyons que la question est complexe et très importante, non seulement au point de vue scientifique, mais elle peut l'être au point de vue médico-légal. Nous en donnons à témoin le fait suivant, rapporté par un journal allemand et consigné dans la thèse de MABILLE : « Une femme qui » avait toujours vécu en bons termes avec son mari est » atteinte de délire mélancolique. Son caractère change ; » elle devient difficile, irritable et se plaint de mauvais » traitements que lui ferait endurer son époux. Les plaintes » arrivent à la justice qui s'en émeut et commence une » information. Le pauvre mari essaie de se disculper, mais » la femme montre son oreille complètement déformée par » un hématome. Des médecins commis par le Tribunal, » les uns veulent rattacher l'othématome à une affection » mentale, les autres estiment qu'il n'a pu provenir qu'à la » suite de violences exercées directement sur l'organe. Le » mari est condamné à la prison. »

Nous voyons donc que la question étiologique est de première importance et quelles conséquences elle peut avoir si nous jugeons avec DESPRÈS, dans le « Dictionnaire

de Médecine et de Chirurgie », que les othématomes sont l'apanage des aliénés. SANDER, cité par MABILLE, déclare cette opinion comme répondant à la presque totalité des cas. Il déclare, en outre, que « tout aliéniste qui verra un individu atteint de déformation des deux oreilles jugera *à priori* que cet individu est aliéné ou du moins l'a été ». Nous ne partageons point cette conviction et nous pouvons dire, après avoir fait un long examen de tous les faits observés, que les causes de l'othématome sont nombreuses et très variées et que le mode de production de ces tumeurs sanguines est différent dans chacun des cas. Nous diviserons donc l'étiologie et la pathogénie de cette affection en deux parties. Dans la première partie, nous étudierons les causes externes ou occasionnelles, telles que les coups, les frottements, le froid, les engelures ; dans la seconde partie, nous passerons en revue les causes internes locales ou générales capables d'expliquer la pathogénie des othématomes spontanés.

Causes externes.

Le traumatisme est certainement la cause la plus banale et la plus fréquente de l'othématome. Autrefois nié, parfois ignoré, il a pris, au cours de ces dernières années, la première place dans l'étiologie de cette affection. Est-il besoin, pour s'en convaincre, de fouiller dans les études des auteurs qui ont signalé l'othématome chez les lutteurs sains de corps et d'esprit ? Nous verrons que l'hématome du pavillon ne se produit pas comme conséquence de n'importe quel traumatisme, mais il faut au contraire qu'il soit appliqué avec une certaine force et d'une façon très particulière. JASURABURO SAKAKI a publié à Tokio, en 1899, une trentaine d'observations d'othématomes de lutteurs et nous donne un aperçu très circonstancié et très curieux de

la lutte au Japon, de même qu'il rapporte les circonstances dans lesquelles se produit cette affection. « Le lutteur japonais, ou *Sumotori*, est un homme naturellement fort et vigoureux qui développe sa force en entrant comme élève chez un maître lutteur. Il y en a 4 à Tokio et chaque professeur a environ 40 élèves lutteurs. Ils parcourent de temps à autre le pays par groupes de lutteurs pour donner des représentations dans les villes importantes. Ils viennent tous ensemble une fois par an à Tokio pour faire un concours de lutte et confronter les écoles. Il est alors donné des représentations pendant dix jours aux environs du temple Ekoën, près du pont Riogoku. » C'est à cette occasion que SAKAKI trouva trente lutteurs atteints de déformation auriculaire et dix d'entre eux présentaient un othématome double. Il précise ainsi de quelles façons les prises de lutte produisent l'othématome. « Parmi les 48 prises possibles de lutteurs, il n'en est guère que deux à retenir à cause de leur action sur l'oreille. L'une s'appelle *Sashite* et l'autre *Harite*. Dans la première prise, on distingue le *Nigisashi* et le *Hidarisachi*, suivant que la prise se fait avec le bras droit ou le bras gauche. Quand, par exemple, un lutteur applique le côté droit de sa figure au corps de l'adversaire et avec son bras droit enlace le corps de son adversaire, on parle de *Hisisashi* (sachi droit) ; dans le cas contraire, de *Hidarisashi* (sachi gauche). Ici, l'oreille de ce côté se trouve ainsi soumise à une action violente du fait de la pression et du frottement, de sorte que des écrasements et des épanchements de sang peuvent se produire facilement. Une autre prise peu employée est le *Harite*, qui est une sorte de gifle. Mais ceci est généralement méprisé et un lutteur honnête ne doit pas l'employer. » SAKAKI a trouvé, sur 29 lutteurs, 11 atteints au cours d'un sashi droit, 8 d'un sashi gauche et 9 d'un sashi incertain. Il en conclut que la plupart des lutteurs japonais sont droitiers.

Chez nous, la prise la plus dangereuse est certainement le « Collier de Force ». Dans cette position, la tête du

lutteur est placée sous le bras de l'adversaire et serrée très fortement contre la poitrine, grâce à l'autre main qui renforce l'action de la première. Dans cette phase de la lutte, le bras collier est animé de mouvements de va-et-vient et les oreilles sont ainsi constamment froissées tantôt par le bras, tantôt par le tronc de l'individu. La prédominance de l'othématome à droite ou à gauche tient simplement à ce que les lutteurs sont droitiers ou gauchers. Nous rapportons ici l'observation d'un lutteur que nous connaissons et qui est porteur d'une déformation du pavillon de l'oreille à la suite d'un othématome.

OBSERVATION I (Inédite.)

C..., gardien à l'hôpital Saint-André, âgé de 63 ans, est un ancien lutteur de profession. Il présente une déformation considérable du pavillon de l'oreille du côté gauche, qui reste comme le témoin glorieux des luttes passées. Il fut atteint, à l'âge de 26 ans, d'un othématome double, mais plus développé du côté gauche que du côté droit. Le sujet raconte qu'il fut pris un jour dans un collier de force — autrement dit *cravate* — et que, voulant faire un effort violent pour se dégager, ses oreilles furent vivement portées en avant et coincées. Il sentit tout de suite, après son dégagement, une violente douleur à l'oreille gauche et, peu à peu, une tuméfaction de la grosseur d'une noix se forma, donnant la sensation de pesanteur. Elle était brune, chaude, douloureuse. Le sujet, quoique souffrant beaucoup, n'y fit pas attention et refusa de se faire soigner. La tumeur mit à peu près un mois pour régresser et, peu à peu, le pavillon se rétracta et s'épaissit d'un centimètre environ. Actuellement, la déformation est stationnaire et rétrécit considérablement l'orifice du conduit auditif externe.

Le Professeur VALENTIN, de Berne, rapporte 14 cas d'othématomes droits observés chez les lutteurs suisses. Dans le *Schwnigen*, qui est une variété de lutte se rappro-

chant beaucoup des méthodes françaises et anglaises, les assaillants cherchent à se renverser à terre. Il existe encore une prise autorisée, appelée en patois suisse le *Stechen*, dans laquelle il est permis de saisir avec son bras la tête de son adversaire et de la serrer fortement contre sa poitrine. Ici encore, l'othématome se produit de préférence à droite, ce qui tient à ce que la majeure partie des lutteurs suisses sont droitiers.

En France, dans la nouvelle méthode de lutte nommée *Jiu-jitsu*, on observe aussi très fréquemment l'othématome. Dans cette prise, le lutteur placé derrière son adversaire appuie fortement les paumes des mains sur les côtés de son visage et refoule avec les pouces les oreilles en avant. Une très vive douleur en résulte, due aux tiraillements des ligaments et au froissement du cartilage, pouvant aller jusqu'à des décollements, des fractures et des déchirures. Il est de toute évidence que de pareils accidents sont la cause fréquemment observée des othématomes.

Chez les boxeurs, l'hématome du pavillon est très fréquent.

Si nous interrogeons nos Maîtres, chirurgiens ou otorhino-laryngologistes, nous constatons que ce sont les lutteurs, les boxeurs et les joueurs de foot-ball qui présentent le plus souvent cette affection. En clientèle ordinaire, on n'a que très rarement l'occasion de l'observer. Nous verrons, en étudiant de plus près cette lésion chez les boxeurs, que ce ne sont pas tant les chocs directs ou les coups droits qui provoquent l'othématome mais bien plutôt les coups tangentiels. René VILLAR a bien voulu nous permettre de prendre l'observation d'un boxeur de sa clientèle et de la publier.

OBSERVATION II (Personnelle.)

G..., âgé de 24 ans. Au cours d'un match de boxe, le 15 Avril 1922, à Angoulême, à 11 heures du soir, reçoit un violent coup de

poing sur la face, du côté gauche. Les doigts du gant ont glissé sur l'oreille, mais la paume de la main a accroché durement le pavillon. L'oreille gonfla très vite après ce traumatisme et toute la cavité de la conque devint le siège d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. On fit une ponction de cette tumeur avec une seringue de Pravaz et retira en plusieurs fois environ 15^{cm}³ d'un liquide rouge, composé en majeure partie de sang pur, et la tumeur s'affaissa. Le lendemain matin, la tumeur était à peu près du même volume que la veille. Le Dr MARCOU incise alors la tuméfaction verticalement et injecte une solution de collargol. Deux jours après, les lèvres de la plaie s'étant accolées, la tumeur se reforme aussi grosse. Nouvelle incision. Nouvelle injection de collargol. La tumeur se reforme et le boxeur, ennuyé, se promet de ne plus y songer. La tumeur régresse peu à peu et la guérison intervient, laissant une oreille épaissie, mais pas de déformation du pavillon.

Les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille sont aussi fréquemment observées chez les joueurs de foot-ball. SOUTHAN étudie, dans le *British Medical Journal*, 1888, le mode de production de l'othématome chez ces joueurs, et l'attribue moins aux coups violents appliqués sur les oreilles par le ballon qu'aux multiples frottements dont elles sont l'objet. Il rapporte ce qui se passe à l'école de rugby pendant les parties de foot-ball et, en particulier, dans les mêlées serrées. Huit hommes sont disposés sur trois rangs dans chaque camp et chaque joueur est courbé en deux, la tête serrée entre les corps de deux autres joueurs. Quand le ballon est jeté dans la mêlée, il se produit des alternatives d'avance et de recul de la mêlée et les oreilles subissent, de ce fait, des froissements graves et même des déchirures amenant la formation de l'othématome. Un autre facteur prédisposant à sa formation est certainement la congestion des vaisseaux de la tête; il suffit d'un effort très énergique d'un joueur, pour aller chercher le ballon dans la mêlée par exemple, pour provoquer la formation d'un othématome. Le *dribbling* est aussi fréquemment la cause de l'héma-

tome du pavillon. Il arrive souvent qu'un joueur se précipite sur le ballon et le bloque contre terre entre les bras et la poitrine. Les autres joueurs voulant faire évoluer le ballon donnent des coups de pied où ils peuvent pour l'atteindre, mais il arrive fréquemment* que ces coups sont donnés à côté et qu'ils atteignent, par des chocs tangentiels, cette partie la plus vulnérable de la face qui est le pavillon de l'oreille. Cette affection est si commune parmi les joueurs de rugby qu'ils ont maintenant l'habitude de porter une coiffure protectrice, composée de tissu élastique très serré avec des languettes latérales qui se fixent sous le menton et recouvrent les oreilles. Mais nous pouvons voir, dans l'observation d'un de nos camarades atteint d'othématome, que les protège-oreilles n'empêchent point les récidives de se produire.

OBSERVATION III (Inédite).

Notre camarade F..., âgé de 26 ans, étudiant en médecine, joue le 8 Décembre 1921 comme avant de 1^{re} ligne dans l'équipe du B. E. C. un match de foot-ball. La partie est très dure et les mêlées fréquentes. F..., s'aperçoit le lendemain matin en faisant sa toilette d'une petite tuméfaction grosse comme une noisette siégeant en bordure de l'anthélix dans la cavité de la conque. Du reste toute la partie supérieure de l'oreille gauche est enflée; la tumeur est dure au toucher et de couleur bleu sombre. F..., ne s'en préoccupe pas davantage. Le dimanche suivant, après une partie de foot-ball, on lui fait remarquer que son oreille est tuméfiée dans toute la partie supérieure du pavillon qui est noirâtre et du volume d'une grosse noix. Le poids de l'épanchement écarte le pavillon de la tête en même temps qu'il l'abaisse. M. le Dr Gor incise la tumeur au bistouri le 17 Décembre. Il s'écoule un peu de sang limpide et quelques caillots. Le Dr Gor fait un petit curettage et applique un pansement très compressif. Huit jours après, on enlève le pansement; l'othématome ne s'est pas reformé, l'oreille un peu flétrie ne tarde pas à reprendre son apparence normale.

Le malade se croyant guéri, joue à nouveau le 2 Janvier une partie de foot-ball; récidive malgré un épais protège-oreille. M. le Professeur PRINCETEAU incise, sur la première cicatrice. Nouvelle évacuation et nouveau pansement compressif. L'othématome ne se reforme pas pendant un mois que F... est au repos, mais il se produit une seconde récidive le 12 Février à la suite d'un coup de pied. M. le Docteur GOR opère suivant la même méthode et la guérison se produit. Il est probable que la fin de la saison sportive a beaucoup contribué à amener la guérison.

De ces observations et des renseignements fournis par nos Maîtres, on peut tirer quelque enseignement. Un résultat indéniable consiste en ce fait que le choc direct produit rarement l'othématome. Expérimentalement, Voss (*Arch. f. Ohrenkeilt*, LXVII) va plus loin. Il a étudié sur les oreilles de lapin l'action du choc tangentiel et du choc à angle droit et nous savons combien l'oreille du lapin est vasculaire. Ne saigne-t-on pas le lapin par l'oreille ? Voss frottait ainsi vigoureusement entre ses doigts le pavillon d'une oreille tandis qu'il frappait avec un petit marteau de bois sur l'autre oreille. Jamais il n'a obtenu d'hématome sous le choc du marteau, mais un petit épanchement sanguin qui disparaissait très vite; le frottement au contraire faisait apparaître un othématome classique. Nous ne pensons pas avec SAKAKI que la gifle, le *Harite*, soit suffisante pour déterminer la lésion; il faut au contraire un frottement rude, une sorte d'écrasement de l'oreille comme il se produit quand le pavillon est appliqué entre deux surfaces dures, l'une constituée par la boîte crânienne, l'autre par le poing et que ces deux surfaces également résistantes se déplacent parallèlement.

CLAVÉRIE a remarqué de même que les porteurs des halles étaient fréquemment atteints d'othématome, les fardeaux venant constamment froisser les oreilles. FOLET cite le cas d'un homme de peine dans une boucherie atteint d'un

othématome double. L'auteur attribue leur formation aux frottements des quartiers d'animaux que cet homme portait chaque jour sur ses épaules.

KIRCHNER rapporte l'observation d'un employé de chemin de fer, qui pour réparer sa locomotive, était obligé de se glisser par dessous sa machine et il frottait fréquemment son oreille droite contre celle-ci. Il vit se former un othématome. Un autre cas est celui d'un ébéniste qui en portant des planches sur l'épaule droite appuie son oreille gauche sur l'épaule du même côté; il fait un hématome du pavillon de ce côté. Nous avons remarqué en outre que l'othématome est très fréquent chez les employés de chemin de fer. M. le Docteur VERDELET, médecin de la Compagnie du Midi, en publie dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 25 Mars, 4 observations que nous reproduisons.

OBSERVATION IV (Communiquée par M. VERDELET.)

Homme de 45 ans, porteur à la Gare du Midi. Présente une tuméfaction du pavillon de l'oreille droite siégeant sur la face externe qui s'est développée progressivement et qui a pour causes les pressions répétées exercées par les colis que le malade porte constamment sur l'épaule droite en les appuyant contre son oreille.

20 Octobre 1911. — Intervention à l'hôpital Tastet. Anesthésie locale à la cocaïne. Incision et drainage; il sort un liquide séreux. Guérison au bout d'une dizaine de jours.

OBSERVATION V (M. VERDELET.)

Homme de 29 ans, monteur aux ateliers de la Gare du Midi. A la suite d'une chute sur la région de l'oreille a présenté une tuméfaction du pavillon de l'oreille droite face externe.

3 Janvier 1922. — Traitement par compresses humides et pomade résolutive (belladone et iodure de potassium). Guérison le 20 Janvier 1922.

OBSERVATION VI (M. VERDELET.)

Homme de 30 ans, aide monteur à la Compagnie du Midi. A la suite d'un coup reçu en travaillant chez lui présente un hématome du pavillon de l'oreille gauche. Cet accident remonte au mois de Novembre dernier et la tumeur reste stationnaire.

9 Janvier 1922. — Opération à la maison de santé. Anesthésie à la syncaïne. Incision et drainage. Liquide séreux. Guérison le 25 Janvier 1922.

OBSERVATION VII (M. VERDELET.)

Homme de 20 ans, aide ajusteur à la Compagnie du Midi. Présente un hématome de l'oreille droite avec petite plaie. Pendant quelque temps tout a bien marché, la plaie s'est cicatrisée mais il se produit des phénomènes de suppuration.

27 Janvier. — Opération à l'hôpital Saint-André. Anesthésie locale à l'allocaïne. Incision, curettage, drainage. Il sort du pus et quelques caillots sanguins. Guérison le 3 Mars 1922.

Dans ces quatre cas, l'épanchement du sang s'était produit entre les cartilages et leur périchondre.

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples et il est évident que les froissements et les écrasements rudes qui sont la cause de tant d'othématomes, peuvent se rencontrer chez des hommes ou des femmes dans un grand nombre de professions. COURTADE a publié, en 1900, une remarquable observation d'othématome double survenu chez un acrobate dont le rôle consistait à recevoir debout sur ses épaules un autre acrobate, après que celui-ci avait accompli le saut périlleux. Un beau jour que les pieds de l'athlète avaient frotté un peu plus fort que de coutume les oreilles de son camarade, on vit se développer chez lui un othématome aux deux oreilles.

Bien plus, les animaux eux-mêmes ont été trouvés porteurs d'othématomes et ces tumeurs portent chez eux le nom « d'Araignées ». CASTELAIN a constaté qu'elles se produisent presque toutes chez les animaux porteurs de longues oreilles. Elles sont dues vraisemblablement aux chocs répétés de l'oreille contre la tête de l'animal ou contre son collier pendant la course.

Le froid et le chaud ont été invoqués comme causes susceptibles de déterminer la formation de l'othématome. POLITZER a vu se développer cette affection à la suite d'un contact prolongé avec une vitre froide.

BIEHL rapporte une observation de soldat autrichien chez qui le froid est invoqué comme cause unique de l'othématome qu'il présente.

HEYFELDER, en 1848, cite le cas d'un malade qui l'hiver traversant une montagne en portant un lourd fardeau sur l'épaule sentit brusquement une douleur vive à l'oreille; une tuméfaction se forma; c'était un othématome.

Cependant les auteurs signalent l'othématome à toutes les périodes de l'année. Sur 81 observations relevées par COMBEMALE, nous les trouvons répartis comme suit : 9 en janvier, 5 en février, 6 en mars, 8 en avril, 10 en mai, 7 en juin, 6 en juillet, 4 en août, 3 en septembre, 8 en octobre, 6 en novembre, 9 en décembre. Il existerait donc deux maximums assez nets : janvier et mai. Le froid et l'influence printanière sont donc deux facteurs étiologiques importants de l'othématome. On explique ce fait qu'en hiver on observe beaucoup de congestions cérébrales et que la vascularisation de l'oreille est solidaire de la circulation cérébrale. Au printemps, on constate beaucoup de coups de sang. L'othématome ne serait qu'une forme bénigne de ces accidents et le résultat d'un même processus. Cependant pourquoi l'épanchement se fait-il dans l'oreille de préférence à tel ou tel organe ? C'est que les vaisseaux de l'oreille sont moins protégés et reçoivent plus directement et plus fortement les impulsions cardiaques. MASSÉ signale un cas d'othé-

matome double coexistant avec une tumeur sanguine de la paupière supérieure chez un même sujet (*Annales médico-psychologiques*, 1852). Chez ces sujets prédisposés aux congestions encéphaliques, les tumeurs sanguines formées en n'importe quel endroit du corps ne sont souvent qu'une heureuse déviation.

Voss croit tellement à l'origine traumatique de l'othématome qu'il le compare à l'affection déjà décrite par MOREL-LAVALLÉE sous le nom de « Décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes ».

« En effet le décollement se produit entre la peau et le fascia superficialis ou dans les couches plus profondes. Autour du décollement dans un ou plusieurs endroits se forment des abcès dus à l'inflammation du sang extravasé ou de l'œdème. Si l'on enlève le liquide contenu dans la poche il se reforme aussitôt. Il ne se résorbe spontanément que dans les petits décollements. Dans les grands épanchements abandonnés à eux-mêmes, ils persistent des mois et des années. Le liquide ne se coagule pas *in vivo*, ce qui permet de le distinguer des simples épanchements sanguins; il est citrin, rouge et rouge vineux. Il se forme un dépôt de globules rouges déformés. *In vitro*, le liquide se divise en trois couches : la supérieure épaisse est formée de corpuscules graisseux, la moyenne a la composition du sérum sanguin, l'inférieure de globules rouges déformés. Le caractère pathognomonique de ce liquide est d'être incoagulable.

L'othématome est un décollement traumatique de la peau. Comme lui il est situé profondément ou superficiellement. Le liquide épanché se reforme aussitôt qu'il a été extrait; il ne se coagule ni *in vivo* ni *in vitro*. C'est de la lymphe. Le pavillon est d'ailleurs recouvert d'un lacis de lymphatiques; quelquefois les corpuscules graisseux manquent car la peau du pavillon est très pauvre en graisse ».

KOHLER pense qu'un choc tangentiel a l'effet de la torsion sur les petits vaisseaux qui ne saignent pas tandis que la lymphe se répand. Pour la quantité de liquide, les auteurs

s'accordent à décrire une poche pleine au début et sans fluctuation, cela tient à ce que la peau est intimement unie au cartilage.

Pour Voss donc il n'existerait pas d'othématome spontané, ceux qui coexistent avec des engelures sont dus aux frottements exercés pour réchauffer la partie gelée. L'hématome de la cloison du nez et du larynx serait de même nature et provoquée par une cause identique.

Ainsi d'après un grand nombre d'auteurs, le traumatisme, le froid, la chaleur, expliquent l'étiologie d'un grand nombre d'othématomes; cependant nombreux sont les partisans de leur origine spontanée possible particulièrement chez les aliénés et c'est pour cette raison que nous sommes obligés de rechercher les causes internes de l'othématome.

Causes internes.

Dans un grand nombre d'observations, le traumatisme ne peut être retrouvé à l'origine de l'othématome. C'est ainsi, pour ne citer que les cas les plus récents, que MIGNON, de Nice, signale la production spontanée d'une collection sanguine du pavillon et son développement lent chez un garçon de 9 ans, particulièrement surveillé et entouré de soins qui n'a jamais présenté ni phénomènes inflammatoires, ni douleurs.

De même MERCIER-BELLEVUE, de Poitiers, publie l'observation d'une femme sans antécédents pathologiques, ne présentant ni vice de nutrition ni maladie du système nerveux, central ou périphérique, qui vit, sans traumatisme, ni lésion aucune, survenir spontanément une petite élevation de la grosseur d'un pois à la surface de l'anthélix du côté droit. En six semaines la tumeur grossit progressivement jusqu'à acquérir le volume d'une noisette. La ponction fit retirer deux à trois centimètres cubes d'un liquide rosé.

BICHELONNE rapporte deux observations d'othématomes

spontanés de l'oreille droite, dont l'une était celle d'un enfant qui allait en classe. L'idée que l'othématome était l'apanage des aliénés était tellement ancrée dans les esprits que ses camarades lui annonçaient malicieusement le développement d'une maladie mentale.

L'autre observation était d'un soldat de la 18^e section des commis et ouvriers qui vit spontanément se développer à la partie supérieure de l'oreille sous le rebord de l'hélix une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix. Chez ce soldat on ne trouvait aucun antécédent, pas de symptômes d'infection ancienne ou récente et surtout pas de syphilis.

ASLAN, de Padoue, ne cite-t-il pas l'observation d'un chanteur âgé de 40 ans, qui sentit subitement pendant qu'il chantait une douleur violente à l'oreille gauche avec une sensation de tension, une diminution de l'ouïe accompagnée de malaise et de léger état fébrile. L'examen montra le conduit auditif externe obstrué par une tumeur de coloration bleuâtre à large base insérée sur la paroi inférieure du conduit. C'était un othématome.

Certains auteurs ont voulu voir dans l'étiologie de leur formation, des causes locales prédisposantes. C'est ainsi que VIRCHOW pense qu'il y a généralement un ramollissement du cartilage, une dégénérescence des cellules créant de petites cavités à contenu clair. Il y a une diminution dans la cohésion du cartilage. Les éléments de la substance cartilagineuse deviennent si peu adhérents entre eux qu'ils le sont moins encore que le périchondre et le cartilage l'un à l'autre, de sorte que le périchondre en se détachant emporte des fragments de cartilage et l'on pourrait retrouver l'empreinte de ces fragments visibles en des points correspondant aux places qu'ils occupaient avant dans le cartilage.

Ne peut-on pas déceler cliniquement les lésions anatomiques préparatoires de l'othématome ? Nous ne le pensons pas. Tout au plus pouvons-nous dire, que ces othématomes

et les épaissements du pavillon qui en sont la conséquence, sont préparés par un travail de chondromalacie observé par MEYER, qui devient presque la règle après la cinquantaine.

Il ne faut donc pas se borner à examiner l'oreille pour rechercher la cause de cette affection, il faut prendre des observations complètes et rechercher les lésions organiques profondes, les diathèses et les affections générales commandant une friabilité spéciale des vaisseaux. C'est ainsi que ZEISSLER a observé un cas d'othématome chez un médecin de 40 ans et il l'attribue à la syphilis. L'accident primitif avait été excisé au ponce de la main droite. Six semaines après, il avait observé une roséole caractéristique avec engorgement ganglionnaire. Le traitement mercuriel faisait disparaître ces accidents. Quelques mois après apparaissait, sans autre cause probable que la syphilis, un othématome typique du côté droit. Des ponctions répétées n'apportaient point de guérison, la tuméfaction réapparaissant presque aussitôt. L'administration de l'iodure de potassium faisait au contraire disparaître l'othématome d'une façon rapide et définitive. Six mois après, on observait le syndrome de MENIÈRE avec des troubles trophiques d'origine centrale : fourmillements, engourdissements et picotements, aux extrémités des doigts de la main gauche. L'iodure de potassium faisait disparaître à nouveau très vite ces accidents.

ZEISSLER pense qu'il s'est agi dans ce cas d'une lésion syphilitique de la base du cerveau, ayant déterminé à la fois tous ces symptômes cérébraux. Cette idée est bien conforme à l'hypothèse de BROWN-SÉQUARD qui comme on le sait a pu provoquer chez certains animaux l'othématome du pavillon par la section du corps restiforme.

Si l'on cherche dans les statistiques dans quelles formes de l'aliénation mentale on observe le plus fréquemment d'othématomes, on s'aperçoit qu'ils se présentent justement dans les maladies où les troubles trophiques sont les plus marqués, les plus constants, voire les plus graves. Les sta-

tistiques de KUHN montrent 17 paralytiques généraux sur 63 malades examinés. MABILLE sur 22 malades trouve de même 10 paralytiques généraux. Nous-mêmes, sur 5 malades femmes que nous avons trouvé porteur d'othématomes à l'Asile de Picon, 2 étaient atteintes de paralysie générale. Puis viennent en seconde ligne la mélancolie, la démence avec réaction maniaque, la manie, puis plus rarement l'épilepsie, la démence simple, l'idiotie.

Voici trois observations de malades que nous avons étudiées à l'Asile de Picon.

OBSERVATION VIII (Personnelle.)

Marie F..., 31 ans, célibataire, entre à l'hôpital (Picon) le 1^{er} Mai 1918 pour troubles mentaux caractérisés par la confusion mentale, la fuite des idées, des propos absurdes et incohérents, des impulsions démentielles, enfin tous les symptômes d'une démence précoce.

Après 15 jours d'observation, on reconnaît chez elle de la dissociation mentale caractérisée par l'indifférence émotionnelle, affective, de l'impulsivité, des stéréotypies, des accès de rire sans motif, de l'agitation par crise avec désordre des actes et de l'incohérence de langage. La maladie est ancienne et les chances d'amélioration sont nulles. Le 21 Juillet 1920 se produit un abcès de la face supéro-interne du bras, au voisinage du creux de l'aisselle. Le pus s'écoule abondant après l'incision, empatement autour de l'abcès sans participation du creux axillaire. Gonflement généralisé du bras avec lymphangite en anneau et furoncle de la fesse.

En Décembre, incohérence très accentuée des idées et des propos. Érotisme puéril. Impulsions très vives (la malade quitte sa baignoire ou son lit et frappe au hasard), totalement indifférente à sa situation.

Mars et Avril 1921, la malade reçoit cinq piqûres de novarsénobenzol de quinze centigrammes chacune.

A cette période, les surveillantes de la malade voient apparaître spontanément un hématome à l'oreille gauche. Nous ne pouvons

obtenir d'autres renseignements sur la production de cette tumeur. La sœur A., qui soigne la malade avec tout son dévouement, déclare qu'elle a été très souvent témoin de la formation d'othématome dans ces mêmes conditions.

Actuellement, le 24 Mai 1922, l'oreille présente un aspect flétri avec une petite augmentation de volume. La région de l'hélix est un peu recroquevillée. La résorption de l'othématome s'était faite insensiblement et sans traitement.

OBSERVATION IX (Personnelle.)

Veuve B..., 50 ans est une maniaque. Elle entre à l'hôpital le 24 Décembre 1921, pour psychose périodique qui a nécessité un traitement dans un établissement spécial à trois reprises en 1885, en 1893, en 1902.

Le 7 Janvier 1922, elle est atteinte d'un accès de manie aiguë caractérisé par une agitation incessante, des impulsions soudaines, des grimaces, des cris, un bavardage incohérent où dominent les propos grossiers. Cette malade a été internée il y a 23 ans pour un accès analogue. Dans l'intervalle de ces deux internements il y a eu des périodes de dépression et d'excitation; les troubles actuels ne sont que des épisodes au cours d'une affection chronique.

Le 23 Mai survient spontanément un othématome à l'oreille droite. Il est situé dans la fossette triangulaire comprise entre le lobule, l'hélix et l'anthélix. Actuellement la malade présente une petite tumeur de la grosseur d'une olive légèrement bleuâtre, fluctuante, paraissant arrêtée dans son développement. Personne dans l'entourage de la malade n'a pu donner une raison pour expliquer la formation de cet hématome.

OBSERVATION X (Personnelle.)

Veuve P..., 40 ans, entre le 14 Octobre 1921 à l'Asile Picon, atteinte de paralysie générale progressive.

Le 24 Décembre 1921, elle fait un ictus, ses membres étant en résolution, sa face présentant une déviation conjuguée des yeux

à droite, avec stertor, insensibilité cornéenne, tachycardie, arythmie fréquente, trépidation épileptoïde du pied droit. La crise aurait débuté par des tremblements généralisés prédominant à droite.

Le 28 Mars, la malade est dans un état de dénutrition avancée, la dysarthrie est grande; le tremblement des lèvres, de la langue et des mains est très accusé.

Le 15 Mai dernier apparaît subitement un othématome de la grosseur d'une amande en bordure de l'hélix entre celui-ci et l'antitragus, juste dans la partie toute supérieure du pavillon. La tumeur est molle, de couleur bleuâtre et légèrement fluctuante. L'interrogatoire de l'entourage ne nous a rien révélé comme cause capable de produire cette lésion.

Pourquoi les épileptiques présentent-ils moins souvent d'othématomes, malgré qu'ils soient plus exposés aux chocs contre les objets, aux coups de l'entourage, que les paralytiques généraux. C'est que justement l'on observe chez ces derniers malades beaucoup plus de troubles trophiques, de lésions des centres vaso-moteurs que chez les épileptiques. Les escarres, le mal perforant, le zona, l'aspect ichthyosique de la peau, la chute et la décoloration des cheveux, les altérations des ongles et des dents, les fractures spontanées, les lipomes symétriques ont été signalés chez les paralytiques généraux en même temps que les troubles de la circulation périphérique « si apparente à la face qui est vultueuse, parfois plus congestionnée d'un côté avec rétrécissement des pupilles (paralysie vaso-motrice) et aux extrémités qui sont dans certains cas refroidies, cyanosées (asphyxie locale) ».

BONNET, dans son « Traité des maladies mentales », dit : « Ces tumeurs constituent de véritables apoplexies digestives qui trouvent leur raison d'être dans la dégénérescence graduelle du sympathique finissant par se frapper de plus en plus de léthalité. Il en résulte une turgescence des vais-

seaux de l'oreille et à la limite, l'apoplexie se produit; c'est la répétition de la section expérimentale du nerf au dessus du ganglion cervical supérieur.»

Suivant KRAFF EBUIQ, le sphymographe mettrait en évidence cette paralysie vaso-motrice progressive, souvent unilatérale analogue à celle obtenue par la section du sympathique. « Les paralysies vaso-motrices du sympathique cervical seraient par les oscillations de pression qu'elles déterminent, la cause provocatrice des ictus apoplectiformes et des bouffées d'agitation maniaque ».

On a de même signalé l'athéromasie généralisée des vaisseaux cérébraux comme cause capable de produire l'othématome; le fait est très exact et ne peut être attribué à une pure coïncidence. Nous avons eu l'occasion d'examiner avec notre Maître, M. PERRENS, les vaisseaux cérébraux de plusieurs paralytiques généraux, et nous avons constaté combien ils étaient semés de plaques d'athérome. « On ne peut les comparer, disait notre Maître, au point de vue friabilité, qu'aux artères coronaires de ces mêmes malades et il est probable que la syphilis n'est pas étrangère à la production de ces phénomènes ».

Récemment on a voulu attribuer à l'othématome une origine infectieuse. Plusieurs aliénistes italiens, notamment, se sont fait les défenseurs de cette théorie. Cependant, les recherches de CENI infirment cette manière de voir. Les malades examinés par lui furent au nombre de sept dont un eut un othématome double qui récidiva d'un côté. Dans aucun des cas, l'ensemencement large sur divers milieux de la sérosité, retirée par ponction, ne donna de résultat positif malgré que les essais de culture aient été tentés à deux reprises pour chaque patient, à savoir : une première fois dès l'apparition de l'épanchement et une seconde fois alors que la tumeur avait acquis son plus grand développement.

DARCANNE, de Fougères, dans aucun cas, chez cinq paralytiques généraux, n'obtint de culture; dans trois cas, cependant, l'othématome s'était produit depuis moins de

24 heures, aussi l'auteur rejette-t-il l'origine microbienne de l'othématome dont la théorie doit être aujourd'hui abandonnée.

Bien plus importante dans l'étiologie et la pathogénie de cette affection est la question des diathèses, des maladies générales de l'organisme qui prédisposent à l'othématome. HEYFELDER l'a rencontré chez un individu souffrant d'épistaxis abondantes; on l'a signalé dans la fièvre typhoïde hémorragipare. On le retrouve même dans l'hémophilie.

M. ANGLADE nous a raconté l'histoire d'une malade porteur d'un othématome qui se fistulisa subitement entraînant la perte d'une grosse quantité de sang. Tous les procédés ordinaires employés ne suffirent pas à arrêter ce sang; il fallut recourir, à l'emploi d'une pince hémostatique. Notre Maître nous signale encore combien sont fréquentes les hémorragies diverses chez les femmes atteintes de maladie mentale. La raison pour laquelle on trouve moins fréquemment chez elles l'othématome tient peut-être à ce fait que chez elles les hémorragies sont déviées et se font tantôt par le nez, tantôt par la muqueuse utérine, tantôt par les varices anales.

Ces derniers temps, P.-L. MARIE a signalé de singuliers cas d'othématomes qu'il a vu se produire chez des hommes anémiés par les privations pendant dix mois de captivité au camp de prisonniers de Zossen. Un résumé de cet article (*Archives de Médecine Militaire*, n° 4), nous montre les conditions déplorables dans lesquelles se trouvaient nos prisonniers. P.-L. MARIE a vu une quinzaine de mille hommes, et il a observé qu'un grand nombre de prisonniers russes, encore plus mal nourris que les français, présentaient de l'héméralopie, des éruptions toxi-alimentaires, des œdèmes de diverses formes, des néphrites, quelques cas rares de scorbut typique, etc. Il a observé dix cas d'othématomes, survenus seulement, chez des prisonniers belges ou français tous captifs depuis une dizaine de mois, indemnes jusque là de toute maladie sérieuse, tous encore

plus ou moins robustes, sans anémie trop marquée et sans troubles mentaux. Quelques uns se nourrissaient uniquement avec l'ordinaire allemand qui ne comprenait guère que des soupes à base de farine de céréales ou de légumes souvent avariés. La plupart adjoignaient, de temps en temps, à cette alimentation qui restait l'élément principal, de la charcuterie et des salaisons achetées à la cantine, ou des conserves venues de France, mais aucun n'avait mangé de viande fraîche en quantité notable, ni consommé de légumes verts ou de fruits pendant sa captivité.

Tout traumatisme faisait défaut dans l'histoire de ces malades, ainsi que toute cause d'irritation chronique de l'oreille. On aurait peut-être pu incriminer les froissements répétés du pavillon sur les durs oreillers de fibre de bois, mais certains de ces malades avaient l'habitude de dormir sur le côté opposé à celui où siégeait l'othématome. Chez tous ces sujets, sauf un, l'affection était survenue progressivement, insidieusement, se révélant le plus souvent, au cours de la toilette, par la présence d'une tumeur assez volumineuse. Dans un seul cas, l'othématome était apparu brusquement au cours de la nuit et le sujet l'attribuait à une piqûre d'insecte. La tumeur occupait dans quatre cas l'oreille droite et dans les six autres la gauche. L'audition était normale, sauf dans un cas où le conduit auditif était presque obturé. Chez deux malades, la résorption se fit spontanément, les autres furent ponctionnés, incisés ou curetés.

Chez ces malades, le traumatisme est entièrement hors de cause. D'après l'auteur, la provocation de l'affection doit être complètement écartée, la bonne foi de ces sujets ne pouvant en aucune façon être suspectée; certains de ces malades ne se sont pas fait porter malade et n'ont montré que le reliquat de ces tumeurs. L'auteur admet tout au plus que les frottements répétés du pavillon sur un oreiller des moins moelleux, ont pu créer une prédisposition à l'othématome.

Une seule cause pathogène générale se retrouvait pour tous, la mauvaise alimentation formée presque exclusivement, depuis de longs mois, par des aliments de conserve et de la plus mauvaise qualité. Les lésions du cartilage avaient probablement pris naissance sous l'influence des troubles de nutrition.

Il est à remarquer que ces othématomes s'étaient produits pendant la période où la nourriture était la plus défectueuse, pendant laquelle aussi s'étaient produits des cas de scorbut typique; en sorte que l'on peut se demander si on ne peut pas voir là une manifestation larvée de scorbut.

Nous pouvons peut-être rapprocher ces cas de ceux que l'on rencontre dans les asiles d'aliénés. Il arrive souvent que les malades qui sont enfermés, refusent de manger et présentent parfois des symptômes de dénutrition marquée. Chez eux aussi, on a remarqué la formation fréquente d'othématome sans que nous puissions expliquer leur pathogénie.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Ici se place le fameux problème de savoir quel est le siège de l'othématome et quelle est la constitution de cet épanchement.

MABILLE admet *a priori* que l'épanchement se fait dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais nous comprenons d'autant plus mal cette solution que nous avons étudié en détail la structure de l'oreille. Le tissu cellulaire de la partie externe du pavillon fait en grande partie défaut et quand il existe il est extrêmement dense; la peau est intimement unie au cartilage dans la plus grande partie de son étendue et on s'explique difficilement que l'hématome puisse se faire dans son épaisseur.

D'ailleurs, MABILLE établit une différence fondamentale entre l'ecchymose et l'hématome simple. Pour lui l'ecchymose serait due à la rupture de capillaires; l'hématome serait dû à la rupture d'une artériole, l'hémorragie se faisant subitement ou au contraire très lentement suivant le diamètre de l'artère lésée. Il conclut que l'hématome est dû à la rupture d'une artère venant soit des auriculaires antérieures, soit des branches postérieures des auriculaires postérieures parce qu'il n'a jamais remarqué la couleur arc-en-ciel de l'ecchymose. Nous nous expliquons mal que l'épanchement se faisant dans le tissu cellulaire sous-cutané, régresse sans passer par les stades de coloration, que l'on observe dans la résorption de tout épanchement sanguin situé sous le derme.

Cossy qui a étudié la question de très près s'exprime en ces termes. « Un instrument piquant enfoncé au centre de la tumeur arrivé à la profondeur de trois millimètres environ, transmet au doigt la sensation d'une résistance vaincue. Aussitôt qu'il est retiré, il s'écoule spontanément une sérosité visqueuse, sanguinolente, inodore, dont la quantité varie suivant le volume de la tumeur. Celle-ci une fois vidée s'affaisse. Un stylet que l'on y introduit pénètre dans une cavité qui ne paraît pas cloisonnée et dont le fond est constitué selon toute apparence par le cartilage de l'oreille qui paraît un peu inégal ».

Il ne nous paraît guère vraisemblable qu'il se soit fait autour de l'épanchement une paroi résistante analogue à un cartilage de nouvelle formation.

Le Docteur PIQUÉ, cité dans la thèse d'HORTELOUP, attire l'attention sur ce fait que le bistouri doit, quinze jours après la formation de l'othématome, traverser une couche épaisse de cartilage, pour atteindre la collection liquidé.

FOVILLE a trouvé dans une coupe d'othématome un caillot organisé rougeâtre, compris entre deux couches de cartilage.

VIRCHOW explique que si la régression de ces épanchements est si longue à se faire, c'est justement parce que le périchondre et le cartilage empêchent le sang de se répandre dans les tissus voisins. Il compare l'othématome au céphalhématome. Dans un cas il y aurait décollement du périchondre et dans l'autre décollement du périoste; il se formerait ainsi un espace virtuel dont s'emparerait brusquement l'épanchement.

VIRCHOW et FOVILLE sont donc d'accord pour déclarer que l'othématome se produit entre le cartilage et son périchondre. VIRCHOW explique ce fait en précisant qu'il y a des altérations antérieures du cartilage qui facilitent le décollement.

Le Docteur TISHKOFF a observé de même que l'othématome débute par une inflammation du périchondre, qui est suivie de l'absorption du cartilage due à la formation de

nouveaux vaisseaux sanguins. « La rupture de ces vaisseaux engendre une cavité entre le périchondre et le cartilage, cavité qui augmente par l'afflux du sang. La forme caractéristique de l'hématome est produite par la cavité située entre le cartilage et le périchondre. Le sang est peu à peu absorbé et l'épaisseur des parois de la cavité est augmentée par la prolifération du tissu conjonctif ».

Pour ROBERTSON, il y aurait un cartilage néo-formé antérieurement, dont les vaisseaux à parois embryonnaires se rompraient très facilement.

Il est vraisemblable que les opinions de VIRCHOW, de FOVILLE, complétées par les observations de TISHKOFF et de ROBERTSON, se rapprochent beaucoup de la réalité. Nous en sommes d'autant plus convaincu que MOURE a constaté la formation d'une véritable poche kystique entre le cartilage et son périchondre, chez un instituteur qu'il avait opéré pour un othématome.

Nous pouvons nous rendre parfaitement compte de la prolifération du cartilage, par l'examen histologique qu'a fait MASSÉ d'une pièce enlevée par PICQUÉ. Le compte-rendu est rapporté dans la thèse d'HORTELOUP et nous ne pouvons que le reproduire en entier :

« 1) A la face profonde d'une couche épidermique on rencontre un feutrage formé de fibres conjonctives et élastiques, sinueuses, non agglomérées et semées de ci, de là, de cellules allongées à noyaux ovalaires.

« 2) Plus profondément on trouve une couche de cartilage hyalin. Les chondroblastes sont très nets et colorés en rose par l'éosine. Les cellules cartilagineuses sont le plus souvent au nombre de une dans chaque chondroblaste. Quelques-uns de ceux-ci cependant contiennent deux cellules à petits noyaux irrégulièrement arrondis.

« 3) En dedans de cette couche cartilagineuse on rencontre une couche assez épaisse de tissu mal coloré par l'éosine, ne présentant aucune structure fibrillaire. L'ensemble de

cette portion de la coupe est colorée en jaune clair, tandis que les portions nettement fibreuses et conjonctives ont une couleur rosée très nette due à l'éosine. Au milieu de cette masse mal colorée et amorphe, on rencontre de nombreuses cellules petites et allongées à noyaux très volumineux et sans protoplasma ou avec très peu de protoplasma.

« 4) Cette masse est limitée profondément par une couche de cartilage, dont les caractères sont analogues à ceux que nous venons de décrire dans la couche externe.

« 5) Cette seconde couche cartilagineuse est doublée d'une seule couche plus conjonctive dont les éléments sont dissociés mais bien colorés.

« 6) Plus en dedans, on note une couche conjonctive lâche avec des vaisseaux épaissis et des portions mal colorées en rose clair.

« 7) Au milieu de cette dernière portion de la coupe, il existe des masses arrondies de cellules ressemblant à des amas de cellules épithéliales pavimenteuses plus qu'à des cellules cartilagineuses, notons cependant que leurs noyaux se détachent très mal des fonds du protoplasma.

Il nous faut déclarer qu'il existe au milieu du morceau de l'os adulte constitué avec tous les caractères ordinaires ».

Remarquons en passant qu'il y a une régression dans l'évolution du cartilage et que, de fibro-cartilage réticulé qu'il était, il devient hyalin.

Nous avons tenu à reproduire ce travail qui nous a paru le plus complet et le plus intéressant sur la question. Nous n'avons pu faute de pièces faire un nouvel examen histologique. Cet examen nous montre cependant que l'épanchement est en train de s'organiser entre deux couches de cartilage, elles-mêmes en connexion avec des couches conjonctives lâches.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic de l'othématome n'offre point de difficultés sérieuses. Cependant, nous tenons à signaler les affections dont les symptômes ressemblent plus ou moins à ceux de l'othématome avec lequel on pourrait peut-être les confondre :

1) La contusion donne parfois lieu à un épanchement, mais il est très superficiel et au bout de deux ou trois jours on voit apparaître les teintes diverses et successives de l'ecchymose. Dans l'othématome, la collection est plus profonde et l'étude des commémoratifs élucidera le diagnostic ;

2) Avec le furoncle du pavillon. Ici, on constate une petite élevation qui est rouge, chaude, douloureuse. Peu à peu, la région devient le siège d'un empâtement qui précède la fluctuation, puis la suppuration ;

3) L'othématome a été souvent pris pour un érysipèle de l'oreille. Cette affection est beaucoup plus douloureuse, donne une réaction fébrile parfois intense, de violents maux de tête, ce qui ne se produit jamais dans l'affection qui nous intéresse ;

4) Peut-on confondre l'othématome avec une engelure ? Les localisations sont différentes ; l'engelure produit un gonflement de l'hélix et du pourtour du lobule, donne des sensations de brûlure et provoque de violentes démangeaisons que nous ne retrouvons pas ici ;

5) Quand la rupture vasculaire se fait à l'intérieur du conduit, comme nous en avons signalé une observation, ne pourrait-on pas le confondre avec une otite externe. Dans ce cas, les douleurs vives qui s'irradient dans toute la tête, les bourdonnements et souvent un écoulement purulent préviendront toute confusion;

6) Les tumeurs, telles que les enchondromes, peuvent faire hésiter à porter un diagnostic. Mais ici l'évolution, la marche lente, la dureté cartilagineuse de la tumeur à n'importe quelle période écarteront l'idée qu'on a affaire à un othématome;

7) L'angiome du pavillon si fréquent a surtout prêté à confusion. Ici cependant le souvenir des commémoratifs, l'apparition à la naissance, son augmentation de volume par les pleurs ou les cris fixeront le diagnostic.

On voit donc que l'on ne peut confondre l'othématome avec une autre affection du pavillon quelle qu'elle soit. On devra se rappeler cependant que le traumatisme n'est pas l'unique cause capable de produire un hématome du pavillon, mais que les diathèses (alcoolisme, syphilis), prennent une grande part dans l'étiologie de cette affection.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Que signifie l'othématome ? On le considérait autrefois comme le signe pathognomonique des aliénés. D'après une statistique de Sir JOHN ROOSA qui porte sur 24 cas dont une femme, on trouvait 8 paralytiques généraux, 6 mélancoliques, 4 manies aiguës, 4 manies chroniques, 2 déments.

MERLAND déclare « malheur à la personne chez laquelle de semblables manifestations se produisent, car elles coïncident soit avec l'incurabilité reconnue soit avec le passage à la chronicité ».

COMBEMALE affirme que la présence d'un othématome aigu en dehors de l'influence que peut produire le traumatisme, « vaut un certificat de déchéance intellectuelle et qu'il représente la marche de la paralysie générale se produisant par à coups congestifs et irritifs ». Il met en parallèle, les tumeurs sanguines, les tournioles, les abcès spontanés naissant sur les doigts des aliénés. Tous ces symptômes sont pour l'aliéniste les signes d'une maladie incurable. Chez les déments paralytiques et les déments vrais, l'apparition de ces troubles trophiques extérieurs sont comme la perte de la mémoire, autant de présomptions en faveur de l'incurabilité mais tandis que chez les paralysés l'othématome est un épisode sans importance dans l'histoire de leur maladie acquise depuis longtemps, l'apparition de ces tumeurs marque chez les autres le début d'une aggravation et peut faire porter un pronostic très sombre à brève échéance.

MABILLE cite cependant cinq observations, de malades atteints de folie impulsive, lypémanie, manie aiguë, avec complication d'hématome parfois double, qui ont les uns éprouvé une amélioration sensible, les autres une guérison définitive.

En Amérique, l'apparition d'un hématome est considéré comme garant d'un bon pronostic chez les fous. En effet, la folie se termine rarement par une guérison complète. MAC DONALD rapporte trois observations de malades jeunes, qui étaient tous les trois atteints de manie aiguë et qui guérirent à la suite de la formation d'othématome. Les chirurgiens ne tardèrent pas à conclure que leur production était nécessaire pour que les malades guérissent.

Nous ne pouvons donc établir aucune relation entre la présence de l'othématome et le degré d'incurabilité des aliénés.

Chez les jeunes sujets sains de corps et d'esprit, le pronostic aussi bien fonctionnel que vital est extrêmement bénin. Tout au plus peut-on craindre que l'épaississement du pavillon, sa rétraction et l'obturation partielle du conduit auditif externe entraînent une diminution de la fonction auditive.

CHAPITRE VIII

Traitement.

L'accord est loin d'être parfait entre les auteurs sur le traitement de l'othématome, aussi devons-nous essayer de pallier aux difficultés dans la plus large mesure.

Certains auteurs, en présence des résultats peu satisfaisants obtenus par eux, conseillent l'abstention.

MIGNON, MERCIER-BELLEVUE, VALENTIN conseillent de ponctionner la collection, puis de pratiquer le massage.

CASTEX (in LE DENTU et DELBET) conseille aussi les ponctions évacuatrices suivies de la compression, rarement les incisions et le curettage. Les interventions paraissent donner des déformations disgracieuses du pavillon de l'oreille.

PASSOW fait une incision large, enlève les caillots qui peuvent se trouver dans le kyste, introduit dans l'angle inférieur de la plaie opératoire une petite mèche de tarlatane faisant fonction de drain et applique un pansement compressif. Il a obtenu, dans 10 cas, la réunion immédiate des lèvres de la plaie, sans qu'un nouvel épanchement se soit produit.

W. KÜMMEL se déclare partisan de la simple évacuation par aspiration. Pour éviter la reproduction de l'épanchement, il conseille de pratiquer le massage ou mieux une compression modérée avec un bandage approprié.

Les pointes de feu, appliquées par BARUT, amenèrent un résultat satisfaisant.

DELSTANCHE, de Bruxelles. préconise dans le traitement de l'othématome l'emploi de moules en gutta-percha pour faire de la compression. Ces moules sont maintenus par des bandes élastiques de Velpeau.

Il nous a paru intéressant de publier deux procédés originaux qu'emploie LAFITTE-DUPONT dans le traitement de l'othématome. Ils lui ont donné des guérisons rapides et parfaites au point de vue esthétique. Les deux méthodes comprennent 4 temps :

Première Méthode. — *1^{er} temps* : Incision en arc de cercle en suivant soit le rebord de l'hélix, soit le rebord de l'anthélix, suivant que la tumeur est placée plus haut ou plus bas.

2^e temps : Évacuation du contenu de la poche kystique.

3^e temps : Introduction dans l'angle inférieur de la plaie opératoire de quelques crins de Florence faisant fonction de drains.

4^e temps : Application d'une pince de Stens. (Le stens est une substance genre mastic, qui devient molle dans l'eau chaude et durcit en se rétractant à l'air.) On moule donc les faces interne et externe du pavillon dans un bloc de stens. Ainsi l'othématome est pris dans une sorte de pince qui maintient très adhérent le cartilage au périchondre.

La guérison est complète au bout de huit jours.

Deuxième Méthode. — Les 3 premiers temps sont identiques. La particularité de ce procédé consiste dans l'emploi de l'Ambrine. Cette substance est coulée sur le point de la face externe du pavillon où s'est produit l'othématome. On coule de même de l'ambrine au même point sur la face interne. On maintient le tout sous un léger pansement et la guérison se produit très rapidement.

On devra penser à cette méthode de traitement qui a l'avantage d'être simple, rapide dans son application, peu douloureuse et qui est généralement très bien acceptée des malades.

CONCLUSIONS

- 1) On donne le nom d'othématome à une collection sanguine siégeant sur le pavillon de l'oreille, ordinairement sur la face externe de l'organe, dans la cavité de l'hélix.
- 2) L'épanchement sanguin se fait entre le cartilage et son périchondre. Les petites infiltrations sanguines du tissu cellulaire sous-cutané sont des ecchymoses.
- 3) Il existe des causes prédisposantes et des causes déterminantes de l'othématome :

Les maladies atteignant la santé générale, telles que l'alcoolisme, la syphilis, commandent une friabilité toute spéciale des vaisseaux. — Les maladies de la nutrition, telles que le scorbut, l'hémophilie, les fièvres hémorragiques prédisposent les sujets qui en sont atteints aux othématomes.

L'unique cause déterminante de l'othématome est le traumatisme.

- 4) L'othématome spontané n'existe pas. Il existe toujours des lésions primitives du cartilage préparant sa formation.
- 5) Le diagnostic de l'othématome s'impose et cette affection ne peut prêter à confusion.

- 6) L'othématome n'est pas une affection spéciale aux aliénés et ne peut être considéré comme un signe de cachexie et d'incurabilité.
- 7) La méthode de LAFITTE-DUPONT constitue le meilleur mode de traitement de l'othématome.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

F. VILLAR.

VU :

Le Doyen,

Pour *Le Doyen* :

L'Assesseur,

D^r G. FERRÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 31 Mai 1922.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ASLAN. — *Archiv. ital. di Oto-Rino*, 1896, n° 1.
- BARBIER. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (Paris, 1894) :
Deux cas d'hématome du conduit auditif externe chez les enfants.
- BASTIEN. — Thèse de Paris, 1855.
- BELHOMME. — *Gazette des Hôpitaux*, Août 1842.
- BELLENGÉ. — *Encéphale journal*, n° 2, 1881.
- BIAUTE. — *Annales médico-psychologiques*, 1877.
- BICHELONNE. — *Revue de Moure*, 1907.
- BIEHL. — Hématome de l'oreille droite. (*Revue de Moure*, 1903, n° 4).
- BIRD. — *Journal de Graefe et Walther*, t. xix. Berlin, 1333.
- BONNET et POINCARRÉ. — Recherches sur la paralysie générale des aliénés,
Paris, 1876.
- BOUCHAUD. — Othématomes et tumeurs séro-albumineuses des aliénés.
(*Journal of neurology*, 1911, n° 15).
- BOULAY. — Traitement de l'othématome. (*Concours Médical*, 1900, n° 4.)
- BOUTEILLE. — *Marseille médical*, t. xvii, 1880.
- BROWN. — Traitement de l'othématome. (*The medical record*, 15 Juin 1886).
- BROWN-SÉQUARD. — Communication à l'Académie de Médecine, Mars 1869.
- BROWNER. — Othématome traumatique. (*Bristish med. journal*, Janv. 1890).
- CASTELAIN. — *Bulletin médical du Nord de la France*, 1870.
- CASTEX. — In *Traité de Le Dentu et Delbet*, 1897.
- CENI. — *Revista sperim di frenittria et di med. legale*, xxvii, 1901, n° 2.
- CHAVANNAZ. — Hématome du pavillon. (*Journal de médecine de Bordeaux*,
1893, n° 3.)
- CLAVERIE. — Thèse de Paris, 1870.
- CLÉRAMBAULT. — Thèse de Paris, 1900.

- COMBEMALE. — Étiologie et pathogénie de l'othématome. (*Montpellier médical*, 1886).
- CONACHIE. — Hématome de l'oreille. (*Journal of eye, ear and throat diseases*, 1896).
- COSSY. — *Archives générales de Médecine*, Novembre 1842.
- DARCANNE. — *Bulletin médical*, 1905.
- DELSTANCHE. — Société belge d'Oto-Rhino-Laryngologie, Juin 1906.
- DE ROSSY. — Le Malattie dell'Orecchio. — Genova 1871, p. 22.
- DESPRÈS. — Oreille : Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.
- DUMESNIL. — *Annales médico-psychologiques*, 1860.
- DUPLAY. — *Progrès médical*, 1876.
- DURAND-PESCHAUD. — Thèse de Montpellier, 1885.
- FERRUS. — *Gazette des Hôpitaux*. Leçons de Bicêtre, 1838.
- FISCHER. — Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie, 1848, t. v.
- FOLET. — *Bulletin médical du Nord de la France*, Janvier 1870.
- FOVILLE. — *Gazette hebdomadaire*, 1859.
- FRAENKEL. — *Virchow's archiv. baud.*, 1884.
- GROSSMANN. — Allgemeine wiener nev. Zeitung, 1889.
- GROVE. — *Buffalo medical and surgical journal*, 1890.
- GUDDEN. — Allgemeine zeitschrif. für psychiatrie, 1860.
- HARDING. — *British medical journal*, 1889.
- HÜTTIN. — *Revue de Moure*, Janvier 1910.
- HORTELOUP. — Contribution à l'étude étiologique de l'othématome, Paris, 1905.
- JARJAVAY. — Anatomie chirurgicale, t. 1, 1852.
- JOIRE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868.
- JONCHERAY. — De l'othématome. Cas d'othématome spontané du pavillon avec guérison radicale. (*Arch. intern. de Laryngol.*, Juillet 1900).
- KIRCHNER. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'othématome. (Monatsh. f. Ohrenheilk).
- KUHN. — Thèse de Strasbourg, 1864.
- KÜMMEL. — Handbuch der praktischen Chirurgie, 1907.
- LABORDE et GELÉ. — Société de Biologie, 1877-1878.
- MABILLE. — De l'othématome de l'oreille. (Thèse Nancy, 1878).

- MAC DONALD. — Guérison de la folie dans les cas où elle est accompagnée d'othématome. (*Journal of nervous and mental diseases.*)
- MACKENZIE. — Société royale de Médecine de Londres, 1910.
- MALLEZ. — Thèse de Paris, 1858.
- MARAIS. — Hématome spontané de l'oreille. (*Annales méd. de Caen*, 1893).
- MARIE. — Livre de Psychopathologie internationale (tome II).
- MARIE (P.-L.). — Othématomes chez des prisonniers. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1917.)
- MARY. — Thèse de Montpellier, 1876.
- MERCIER-BELLEVUE. — Othématomes. (*Revue de Mouro*, 1905.)
- MERLAND. — Thèse de Paris, 1853.
- MESNARD. — Un cas d'hématome de l'oreille. (*Revue de Mouro*, 1900.)
- MEYER (Ludwig). — *Archives de Virchow* (Août 1885).
- MIGNON. — Hématome spontané chez un enfant. (*Société Française de Laryngologie*, 1904).
- NEUMANN. — Mémoire, 1834.
- OLIVER. — Un cas d'othématome double. (*British medical journal*, 1897.)
- PASSOW. — Medezin, Klinik, 8 Juillet 1906.
- PICQUÉ. — Société de Chirurgie, 1896.
- POLITZER. — Diseases of the ear, 1894
- RAVIAR et CHARDON. — Othématome. (*Nord médical*, n° 235, Juillet 1904).
- REGIS. — Précis des maladies mentales.
- ROBERTSON. — Pathologie de l'othématome. (*Edinburgh hospital reports*).
- ROLLE-TRIÈS. — Hématome et périchondrite du pavillon. (*Revue de Mouro*, 1899.)
- ROUSE-ROUSE. — Hématome auriculaire. (*Lancet*, 3 Décembre 1892).
- SAINT-CLAIR THOMSON. — Hématome de l'oreille. (*British medical journal*, Mars 1897.)
- SAINT-JOHN ROOSA. — Practical treatise of the diseases of the ear, p. 107, 1873.
- SCHMALTZ. — Mémoire sur l'hématome, Leipzig, 1846.
- SOUTHAM. — Hématome de l'oreille. (*British medical journal*.)
- TÉTARD. — Thèse de Paris, Mai 1884.
- TISHKOFF. — Étude sur l'othématome. (*Lancet*, 1892).
- TOYNBEE. — Traité des maladies de l'oreille, p. 38 (traduit par G. Darin, Paris, 1874).

TRÆLTSCB. — Maladie des oreilles, p. 55, 1868.

— Comptes rendus à la Société de Biologie (Octobre 1868).

URBANTSCHITSCH. — *Revue de Moure*, 1910.

VALENTIN. — Othématome de l'oreille droite. (*Semaine médicale*, 1905).

VERDELET. — (*Journal de Médecine de Bordeaux*, Mars 1922).

VALLON. — *Encéphale Journal*, n° 2, 1881.

VERGA (de Milan). — *Gazette médicale de Milan*, 1847.

VILD et HOFFMANN. — *Times médical*, 1852.

VIRCHOW. — Die krankhafte Geschwülste, t. 1, 1863.

VOSS. — Étiologie de l'hématome. (*Archiv. f. ohrenheilk*, baud 4).

ZEISSLER. — Othématome. (*Journal of cutaneous and genit. ur. diseases*, 1901).

WALLIS et RUPP. — *Gaz. de la Soc. de méd. de Prusse*, nos 32 et 45, 1844.

